



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

520146
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/10/21	4-Data de Autorização 13/10/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8470364	7-Data Validade da Senha 09/07/21
8-Número da Carteira 00202536933000000102			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /
13-Nome BRUNO NATANAEL PEREIRA SANTOS			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano TAIZA AGUIAR CHAVES	
16-Atendimento a RN N			17-Nome do Profissional Solicitante VANILCE OLIVEIRA MORAES	18-Número no CRO 39072	19-UF MG
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05177304647			22-Nome do Contratado Executante VANILCE OLIVEIRA MORAES	23-Número no CRO 39072	24-UF MG
26-Nome do Profissional Executante VANILCE OLIVEIRA MORAES			27-Número no CRO 39072	28-UF MG	29-Código CBO S
25 - Faturar Empresa			Envair - RX (1) 85100200		

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			13/04/21		*Bruno
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00			13/04/21		*Bruno
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00			13/04/21		*Bruno
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIH		1	35,00	0,00			13/04/21		*Bruno
5	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00			13/04/21		*Bruno
6	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	36	OV	1	88,00	0,00			13/04/21		*Bruno
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 13/04/21	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 262,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 26/04/21 montecarlo	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 26/04/21 Vanilce Moraes	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/04/21 Bruno	53-Data, local e Carimbo da Empresa 26/04/21 Cirurgião Dentista CRO 39072
---------------	--	--	---	--